维普资讯 http://www.cqvip.com

在病人床旁放置吸痰器，无菌气管切开包和手套，以备急用；③病人清醒后应取半坐卧位，鼓励病人咳痰、嘱家属拍背；④全麻插管病人术后应常规雾化吸入。(2)甲亢危象防治：此并发症常发生在术后12～36小时，本组1例原发性甲亢患者术后12小时出现烦躁，呕吐，体温38.9℃，脉搏130次/分，血压190/110mmHg发生甲亢危象，其发生机理可能为甲亢时肾上腺皮质激素的合成，分泌和分解代谢加速，久之使肾上腺皮质功能减退，而手术创伤的应激即诱发危象。因此危象的发生多由于手术前准备不够，甲亢症状未能很好地控制所致。甲亢病人使基础代谢率降至正常范围才施行手术是预防甲亢危象的关键，所以不但要早期诊断，早期治疗，更要早期预防。措施如下：①碘剂：术后常规让病人口服，每次1～3ml，每日3次；②氢化可的松应用：术前2小时用氢可100mg静滴，术后每日200～400mg滴注，以拮抗应激。③利血平1～2mg，肌注以降低周围组织对儿茶酚胺的反应；④心得安：每次20～80mg，每天4次。⑤综合措施：吸氧镇静及降温等处理。

5. 甲状腺手术的引流问题：甲状腺手术后引流的通畅度，是历来手术医生关注的问题之一，我们采用腹部手术中的引流橡胶管，长约4～6cm，剪成半圆柱形，一端剪成两个半边，凸面分别置于甲状腺残面上，未剪开的一端从切口下方胸骨切迹上另开口引出，术后24～72小时，或引流量小于30ml可拔除引流管。实践证明，这样的引流处理，不仅引流通畅，而且有利于观察引流量及切口愈合，很少发生逆行感染。

参 考 文 献

1. 裘法祖，主编. 外科学. 第4版. 北京：人民卫生出版社，1995：303－307.
2. 刘镜波. 甲状腺功能亢进的手术治疗. 中国普通外科杂志，1998，(7)增刊：72－73.
3. 王文龙. 243例甲状腺结节的诊治体会. 中国普通外科杂志，1998，(7)增刊：73－74.

(收稿：1999-06-28)

米非司酮治疗子宫肌瘤45例

陈卫红*

一、资料与方法

1. 研究对象：绝经前子宫肌瘤患者45例，年龄26～50岁，平均38.6岁，经B超证实的子宫肌瘤患者，有一个或多个瘤体，瘤体最小径线≥20mm，3个月内未接受其它影响子宫肌瘤药物，包括避孕药，子宫体积大于孕3月者不作研究，患者无米非司酮服用禁忌症。

2. 方法：45例患者口服米非司酮12.5mg于月经周期任何一天开始，睡前空腹冷开水吞服，连续6个月为一疗程，在治疗过程中可能出现的少量阴道出血勿需处理可自行停止，口服1个月、3个月、6个月后门诊B超监测，共三次，同一患者三次检查尽可能由同一B超医师同一仪器完成，肌瘤体积用公式 $V=4/3\pi abc$ 计算，其中a、b、c分别表示瘤体三维径线的各线半径，瘤体变化用公式 $\triangle V=(1-V2/V1)\times 100\%$ 计算，V1、V2分别表示治疗前后瘤体体积。治疗后3个月及6个月检查肝肾功能共2次。

二、结果

1. 症状与体征：所有患者在接受治疗期间均发生闭经，停药后1～2个月左右月经来潮，经量较前减少，原有贫血患者因为闭经6个月使贫血症状得到改善。所有病例均未发生副反应，小部分病例轻微GPT升高为可逆性，可继续服药。

2. 子宫肌瘤体积变化：45例中有2例其瘤体体积最大径线为30mm，服药3个月后B超复查瘤体消失(不排除仪器分辨率影响)，有1例服药3个月后瘤体体积几无变化，自行中断治疗，其余病例均有不同程度的缩小。治疗前平均体积(65.60±15.26)cm^3，治疗后平均体积服药一个月后(60.53±13.11)cm^3，三个月后(38.68±11.06)cm^3，六个月后(31.78±12.06)cm^3，服药前3个月瘤体缩小最为明显，6个月后平均体积缩小为51.56%。

三、讨论

子宫平滑肌瘤是女性盆腔常见肿瘤，以良性居多，多数学者认为子宫肌瘤的病因与雌激素作用有关，是刺激肌瘤发生与发展的主要启动因子。目前研究显示雌孕激素水平与肌瘤的发生和生长均有关系，肌瘤在

* 作者单位：312000 浙江省绍兴第二医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 4

孕酮作用下其细胞有丝分裂率明显增加，孕酮受体的扩增与肌瘤生长有关。临床观察发现肌瘤随妇女月经周期的不同时期而变化，卵泡期缩小，黄体期增大，妊娠期迅速增大，肌瘤发生中孕激素作用的临床证据为应用孕激素治疗后，肌瘤可呈可逆性增长。应用抗孕激素药物米非司酮使肌瘤明显缩小，并诱发闭经，免疫组化显示孕激素水平降低，雌激素水平不变，提示孕激素在子宫肌瘤发生中有一定作用。

本组病例口服米非司酮是通过与孕激素竞争受体而发挥拮抗孕激素作用，药物远期效果还须进一步观察，但米非司酮副作用少，价格适中，口服方便，在肌瘤继续增大特别是症状出现如月经量多贫血，可重复应用。患者停药物后应严格做好避孕工作，以免受孕影响治疗效果。禁忌药物避孕。总之，米非司酮是保守治疗子宫肌瘤较为理想的方法，尤适用于肌瘤伴功能失调性子宫出血而致贫血者，也可用于有症状肌瘤患者需手术治疗但伴发内科疾病如高血压、心脏病等不能耐受手术者，对巨大子宫肌瘤用小剂量米非司酮治疗后再行手术治疗可减少术中出血及手术难度。

（收稿：1999-05-17）

R656.64

十二指肠损伤的诊断及治疗探讨

翁伟建* 叶光华** G. Mantion***

十二指肠损伤在临床上较少见，仅占腹部损伤的3～5%[1]，但由于其本身及邻近器官在解剖与生理上的特殊性，诊断与处理较为困难。笔者先后在国内外三家医院参与诊治此类病人8例，治愈7例，死亡1例，死亡率12.5%，现就诊治的几个问题探讨如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组8例，男6例，女2例；年龄21～50岁。其中除1例为开放性伤外，余均为闭合性伤。伤因：车祸3例，马踢伤1例，坠落伤1例，锐器伤2例，误食金属异物致伤1例。

2. 损伤部位：十二指肠第一段3例，第二段2例，第三段2例，第四段1例。

3. 损伤程度：依Lucas分类法[2]，Ⅰ类1例，Ⅱ类3例，Ⅲ类3例，Ⅳ类1例。

4. 合并伤：单纯十二指肠损伤1例，合并肝破裂3例，合并胰腺损伤4例，合并脾破裂2例，合并右肾破裂1例。

二、治疗方法与结果

合并脏器复合伤者，均进行相应的处理。本组行单纯十二指肠破损修补者4例；十二指肠破损处与空肠Roux-Y吻合1例；十二指肠破裂修补、胃窦部切除、胃空肠吻合（十二指肠憩室化）2例；Ⅳ级严重胰十二指肠复合伤者，行胰十二指肠切除术1例。术后腹腔置管充分引流。术后并发十二指肠瘘1例，腹腔脓肿1例，胰瘘1例，并发率37.5%。术后并发十二指肠瘘者，因严重感染，又未行TPN营养支持疗法，终因全身衰竭而死亡。

三、讨论

1. 十二指肠损伤的诊断：十二指肠位于腹腔深部，大部分又位于腹膜后，通常不易损伤，一旦损伤，诊断较为困难，多数都是在剖腹探查时确诊。本组6例即在剖腹探查时获得确诊的。其主要原因是：①十二指肠位置深又常伴有脏器伤，临床表现常被掩盖；②十二指肠损伤无明显特异表现，特别是腹膜后十二指肠损伤，更易漏诊。③膈下游离气体为空腔脏器穿孔提供诊断依据，但非十二指肠损伤的特征表现；肾周积气对诊断有重要价值，但临床上出现率较低；④诊断性腹穿虽有一定意义，但难以判断有无十二指肠损伤；⑤B超受多种因素干扰较大，只能提供一些间接征象。因此，我们必须引起足够的重视。凡有严重上腹部创伤，伴有腹膜刺激症状、腰痛、腹穿有淡黄色胆汁性液体者，更应想到有十二指肠损伤的可能，应做常规CT检查[3]，以提高术前诊断率。术中探查要仔细，以防漏诊，造成严重后果。我们认为，凡有下列情况之一者，应是切开后腹膜探查十二指肠的指征：①腹膜后气肿、血肿；②小肠系膜或结肠系膜根部血肿、脂肪坏死；③腹腔内有胆汁性渗液来源不明；④十二指肠侧方有胆汁染色、局部有捻发音等。探查采用Kochor切口，必要时，切开升结肠外侧腹膜，充分显露十二指肠降部、水平部以便于手术操作。

* 作者单位：528200 广东省南海市中医院外科
** 兰州医学院附属第一医院
*** 法国宫代大学医学院Minjoz医院